DERECHOS, SALUD Y SALVAGUARDASNOMBRE DEL INDIVIDUO (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

FECHA

Este formulario es requisito para personas quienes viven en establecimientos residenciales con licencia (*por ejemplo hogares de grupo, CDHs, ADHs*), y los miembros de los Grupos del Plan de Apoyo Individual lo pueden utilizar para otros ambientes si así lo desean.

1. ¿Puede la persona tener acceso a cuerpos de agua (*p.e. piscinas, zanjas para riego, estanques para peces*) sin supervisión constante por parte del personal?
 - Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____
 - No Si no, ¿por qué? _____
2. La persona de edad legal para consumir bebidas alcohólicas, ¿desea consumirlas, y tiene el consentimiento de su tutor (*si le han asignado uno*)?
 - Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____
 - No Si no, ¿por qué? _____
 - NA
3. La persona de edad legal para consumir tabaco, ¿desea consumirlo, y tiene el consentimiento de su tutor (*si le han asignado uno*)?
 - Sí Por favor describa las restricciones/los salvaguardas, si los hay _____
 - No Si no, ¿por qué? _____
 - NA
4. ¿Tiene la persona necesidades o requisitos especiales para transporte (*p. e. asuntos médicos, de seguridad o de conducta*)?
 - Sí Por favor describa (*los asuntos médicos y de la conducta requieren Plan de Evaluación de Riesgo DDD-1309AFORNA*) _____
 - No _____
 - NA _____
5. ¿Necesita la persona ayuda con el cuidado personal (*p.e. vestirse, bañarse, asistencia de higiene personal, ayuda durante la menstruación*)? Si es así, indique la preferencia de la persona responsable en cuanto al género del personal quien proporcionará tal ayuda [*marque sólo uno*]
 - Sólo personal femenino Sólo personal masculino No tiene preferencia N/A
6. Si la persona vive en un establecimiento residencial con licencia, ¿tiene la persona problemas de la piel?
 - Sí Si los tiene, hay que proporcionarle al proveedor una Evaluación de Enfermería junto con un plan de cuidado.
 - No _____
7. ¿Tiene la persona acceso a sustancias tóxicas que no están guardadas bajo llave (*p.e. limpiadores, pesticidas*)?
 - Sí Comentarios _____
 - No Si no, ¿por qué? _____
8. ¿Tiene ésta persona acceso a medicamentos que no están guardados bajo llave (*recetados o no recetados*)?
 - Sí s Comentarios _____
 - No Si no, ¿por qué? _____
9. ¿Existe alguna razón que impide que ésta persona pueda compartir un dormitorio (*p.e. edad, problemas médicos, conductas*)?
 - Sí Describa las razones _____
 - No

10. ¿Está limitada la cantidad de dinero que puede llevar consigo ésta persona?

Sí ¿Cuánto? _____ Razones para las restricciones _____

No

11. ¿Pasa ésta persona tiempo no supervisado en la comunidad?

Sí ¿Duración? _____ Condiciones _____

No Si no, ¿por qué? _____

12. ¿Pasa ésta persona tiempo no supervisado en la residencia?

Sí ¿Duración? _____ Condiciones _____

No Si no, ¿por qué? _____

13. Tiene ésta persona:

a. ¿Dentro de los últimos tres años, una historia de conducta que pone en peligro la vida (*p.e. ingiere objetos extraños, conducta agresiva/asaltiva*)?

Sí No

b. ¿Un problema médico o de salud mental que podría poner en peligro la calidad de la vida (*p.e. caídas frecuentes conducentes a fracturas, desorden de ataques*)?

Sí No

c. ¿Uno o más Informe(s) de Incidentes Graves dentro de un año? (*El grupo de trabajo determinará la naturaleza del incidente grave así como la necesidad de Plan de Evaluación de Riesgo.*)

Sí No

d. ¿Otros eventos en su vida (*p.e. la muerte de un familiar cercano, diagnosis, diabetes*)? [*El grupo de trabajo determinará la naturaleza del evento así como la necesidad de Plan de Evaluación de Riesgo.*]

Sí No

e. ¿Residencia en un establecimiento residencial?

Sí No

Por cada riesgo identificado se necesita un formulario DDD-1309AFORNA, Prevención/Evaluación de Riesgo.)

COMENTARIOS ADICIONALES:

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ♦ Available in English at your local office.